

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 46

DU TRAITEMENT

DES

Complications Pulmonaires de la Grippe

PAR LA SAIGNÉE

et les Injections iodo-iodurées associées

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juin 1919

PAR

Ludovic GASQUET

Né à Marseille le 23 octobre 1891

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	RAUZIER, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	VIRES, professeur.		
	EUZIERE, agrégé.		
	LEENHARDT, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

1000000000

DU TRAITEMENT

DES

COMPLICATIONS PULMONAIRES DE LA GRIPPE

PAR LA SAIGNÉE

ET LES INJECTIONS IODO-IODURÉES ASSOCIÉES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 46

DU TRAITEMENT

DES

Complications Pulmonaires de la Grippe

PAR LA SAIGNÉE

et les Injections iodo-iodurées associées

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juin 1919

PAR

Ludovic GASQUET

Né à Marseille le 23 octobre 1891

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

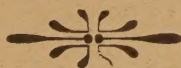
{ RAUZIER, professeur, *Président.*

{ VIRES, professeur.

{ EUZIERE, agrégé.

{ LEENHARDT, agrégé.

} *Assesseurs.*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre. 3

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale.....	CARRIEU (*)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♣)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O * ♣) a. l. (ch. dec.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♣, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (♣) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. EUZIERE, agrégé.
VIRES, professeur.	LEENHARDT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON AMI TRÈS CHER, LE DOCTEUR A. ASTIER

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

L. GASQUET.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

L. GASQUET.

DU TRAITEMENT

DES

COMPLICATIONS PULMONAIRES DE LA GRIPPE

PAR LA SAIGNÉE

ET LES INJECTIONS IODO-IODURÉES ASSOCIÉES

INTRODUCTION

L'épidémie de grippe qui a sévi au cours de l'hiver 1918-1919, a conduit, dans les hôpitaux, bien des malades et nombreuses, parmi ceux-ci, ont été les complications pulmonaires. De toutes les méthodes employées avec plus ou moins de bonheur, pour lutter contre des affections si meurtrières, une surtout a fixé notre attention, à la fois par la simplicité de son exécution et la constance de ses heureux résultats. La saignée et les injections iodo-iodurées intraveineuses, préconisées par M. le professeur Ravaut, nous ont paru constituer un ensemble thérapeutique vraiment intéressant. Nous allons nous attacher à le démontrer au cours de ce travail, à la base duquel nous mettons des observations cliniques, recueillies durant une période d'environ cinq mois, tant dans notre service que dans celui de M. le médecin aide-major de 1^{re} classe Barroz, à l'Hôpital militaire de Marseille.

Il ne rentre point dans notre intention de faire ici l'historique de la saignée et de son emploi dans la thérapeutique des infections pulmonaires. Depuis la plus haute antiquité on a pratiqué des émissions sanguines. Les périodes d'engouement forcené, pour cette thérapeutique, ont succédé alternativement à l'oubli le plus profond. Considérée comme un simple adjuvant, la saignée s'était vue reléguée au cours de ces dernières périodes, et, malgré les travaux de Hayem, Huchard, Arloing, Frédéricq, n'avait pas reconquis la place à laquelle elle a droit. C'est à peine si les grands traités de médecine en conseillent l'emploi et sans oser dépasser les doses minimales.

Au cours de l'année 1917, avec les formes asphyxiques de la grippe, on voit s'esquisser un mouvement de retour vers l'émission sanguine. Dans un article, publié, en 1918, dans le journal *Paris Médical*, M. le professeur Ravaut met pleinement en lumière ses nombreux avantages.

Quant à l'injection iodo-iodurée, c'est dans les dernières lignes de ce même article, qu'il en est fait mention, nous semble-t-il, pour la première fois. Jusqu'alors, on nous paraît avoir préféré toujours l'état colloïdal ou les combinaisons organiques, lorsqu'il s'est agi de pratiquer des injections d'iode dans l'organisme. Faut-il voir, dans cette façon générale de procéder, la crainte des phénomènes d'intoxication signalés autrefois à la suite d'injections d'iode dans des kystes de l'ovaire ou des hydrocèles? Ou encore la crainte des phénomènes congestifs, occasionnés par les iodures, éléments indispensables pour permettre d'obtenir une solution non alcoolique d'iode métallique? Seul, le docteur Bondreau, dans les articles publiés, soit dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (janvier 1916, novembre 1918 et mars 1919), soit dans le *Monde Médical* (décembre 1918), signale les heureux résultats qu'il a obtenus par l'ingestion

de doses importantes de teinture d'iode dans le traitement des complications pulmonaires de la grippe.

Nous dirons, plus loin, les raisons qui nous ont fait préférer, à ce mode de traitement, celui de l'injection par voie intraveineuse.

Mais qu'il nous soit permis, auparavant, d'adresser tous nos remerciements à M. le professeur Ravaut, qui a bien voulu nous autoriser à publier ce travail; à M. le docteur Barroz, dont l'inépuisable obligeance a bien voulu nous communiquer, avec de très nombreuses observations, le fruit de ses recherches et de sa longue pratique en la matière; à M. le professeur Rauzier, de la Faculté de médecine de Montpellier, qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous sommes heureux de lui témoigner combien, au retour de ces longues années d'épreuves, nous avons été touché de retrouver l'accueil, si bienveillant et cordial, de la Faculté de Montpellier, en la personne de ses Maîtres.

Nous allons, dans un court chapitre de physiologie pathologique, étudier l'action thérapeutique de la saignée et des injections intraveineuses iodo-iodurées associées. Nous indiquerons, ensuite, de quelle façon nous comprenons l'application de la méthode, les indications et contre-indications qu'elle comporte. Nous en apprécierons enfin les résultats, en nous arrêtant aux cas les plus intéressants, et qui nous ont aussi paru les plus démonstratifs.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES INJECTIONS IODO-IODURÉES ET DE LA SAIGNÉE ASSOCIÉES

1° Action de l'Iode et des Composés iodiques sur l'organisme

Introduits dans l'organisme, l'iode et les composés iodiques y subissent des métamorphoses complexes et dont il est difficile d'établir un bilan exact. Le point ultime de ces métamorphoses paraît être la fixation de l'iode sur les albumines et l'accumulation des ions iodhydriques dans les organes. Le cycle se continue et se termine par l'élimination, sous forme d'iodures alcalins, par les sécrétions de divers organes. Cette élimination débute pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'ingestion. Elle passe par un maximum au cours des vingt-quatre heures suivantes, va ensuite en diminuant pendant six à sept jours, et cesse enfin. Elle paraît plus massive et plus rapide pour les iodures, plus prolongée pour l'iode métallique.

La voie empruntée, de préférence, est la voie rénale; 60 p. 100 de la dose initiale se retrouvent dans les urines: le reste se rencontre dans les diverses sécrétions: mucus bronchique, salive, etc. Mais il nous a paru intéressant de constater que ce sont là des données qui varient en fonction de l'organe au niveau duquel s'est produit l'accumulation la plus forte d'ions iodiques.

Introduisant l'iode dans le système circulatoire veineux d'un sujet, nous déterminons une accumulation iodée maximum, au niveau du premier organe que rencontrera le sang dans son cours : le poumon. C'est au niveau de cet organe aussi que nous rencontrerons la voie d'élimination la plus considérable, toutes proportions gardées, bien entendu.

Deux séries d'expériences, que nous avons instituées, nous permettent de le vérifier. Les circonstances ne nous ont pas laissé le loisir de donner à ces expériences toute la rigueur scientifique d'un dosage absolu. Elles nous paraissent cependant suffisamment démonstratives par elles-mêmes. Nous avons recherché d'abord, dans une première série, la valeur de l'élimination par la voie pulmonaire en fonction de la porte d'entrée de l'iode dans l'organisme.

Sur dix sujets, auxquels nous avons fait ingérer de l'iode par voie digestive, quatre seulement ont présenté une réaction positive et encore, chez l'un de ceux-ci, il s'agissait d'une jeune fille, intoxiquée par ingestion de teinture d'iode, les doses thérapeutiques usuelles avaient été largement dépassées. Par contre, tous les sujets chez lesquels nous avons pratiqué, à des doses moyennes, l'injection iodo-iodurée, et dont nous avons vérifié ensuite l'expectoration, au nombre de douze, ont présenté des réactions franchement positives et pour des doses bien moindres.

Notre deuxième série d'expériences, que l'on trouvera résumée dans le tableau qui suit, nous paraît non moins démonstrative. Elle porte sur la durée de l'élimination comparée de l'iode dans les crachats et dans les urines des mêmes sujets. Nous nous sommes adressé, pour pratiquer ces investigations, à des sujets normaux, en traitement, pour des infections pulmonaires grippales, de gravité moyenne, et ne présentant aucune tare rénale cliniquement appréciable.

Nous avons recherché l'iode, dans les sérosités, par deux procédés :

Pour les crachats. — Elimination par décantation de la partie salivaire du contenu du crachoir. Traitement des crachats par l'acide nitrique nitreux, puis addition de chloroforme. On agite le mélange un certain temps, avec violence, puis on laisse reposer. Le chloroforme dissout l'iode mis en liberté et se rassemble dans le fond du tube, présentant une coloration violacée assez marquée.

Pour les urines. — A 4 centimètres cubes d'urine filtrée dans un tube, ajouter 2 centimètres cubes d'acide chlorhydrique officinal et 1 centimètre cube d'eau oxygénée. Prélever quelques gouttes du mélange et les verser sur un cachet de pain azyme. L'iode, mis en liberté par le perchlorure, donne une coloration bleue au contact de l'amidon du cachet.

Les résultats que nous avons obtenus par ces examens en série se trouvent consignés dans le tableau suivant :

		Au 1 ^{er} jour		Au 5 ^e jour		Au 8 ^e jour	
		Urines	Crachats	Urines	Crachats	Urines	Crachats
Exemple n° I...		+	+	+	+	—	+
Exemple n° II...		+	+	+	+	—	+
Exemple n° III...		+	+	+	+	—	—
Exemple n° IV...		+	+	—	+	+	+
Exemple n° V...		+	+	—	+	—	—

Comme on peut en juger facilement par ce qui précède, le temps d'élimination est beaucoup plus prolongé dans le mucus bronchique que dans les urines. Sans doute, le rein demeure la voie d'élimination principale, c'est lui le filtre le plus important par le débit normal. Mais, à côté de lui, le poumon, toutes proportions gardées, joue un rôle tout

aussi important. Ce fait nous paraît intéressant à retenir et riche en déductions thérapeutiques.

2° Action des doses médicamenteuses

Introduites dans l'organisme, les doses médicamenteuses d'iode y déterminent diverses modifications intéressantes et que nous allons étudier successivement; d'abord, au niveau du poumon, ensuite dans l'économie générale.

1° AU NIVEAU DU POUMON. — L'action de l'iode, au niveau du poumon, paraît s'exercer d'une double façon.

Elle agit sur la fonction respiratoire et, localement, sur le parenchyme pulmonaire, au niveau du foyer infectieux.

A. *La fonction respiratoire est modifiée favorablement sous l'influence de divers facteurs.* — En premier lieu, la sécrétion bronchique est augmentée de volume, fluidifiée, et, de ce fait, l'expectoration du malade se fait dans des conditions plus faciles.

En second lieu, la circulation pulmonaire s'accélère, les stases veineuses diminuent, la congestion et les œdèmes se résorbent avec plus de facilité.

Enfin, le coefficient respiratoire se trouve augmenté sensiblement. Par la transformation facile des albumines en iodalbumines, facilement oxydables, on remarque une notable exagération de l'hématose et des échanges gazeux, l'excès d'acide carbonique s'éliminant mieux et de façon beaucoup plus rapide.

B. *Localement.* — L'action locale est une conséquence directe de l'élimination élective de l'iode par le mucus bronchique, grâce auquel elle exerce un rôle d'antisepsie et de désinfection pulmonaire très marqué. C'est un véritable pansement à l'iode naissant, que l'on place au niveau des foyers pulmonaires en activité et dont l'action ne tarde pas à se manifester de façon évidente.

2° DANS L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE. — L'iode exerce encore un double rôle : il est anti-infectieux et tonique général.

A. *Anti-infectieux*. — Ce rôle anti-infectieux se traduit par :

L'hyperleucocytose assez marquée que l'on rencontre dans le sang. L'augmentation des éliminations rénales : cette décharge urinaire, ainsi déclanchée, ne nous a jamais manqué. Elle paraît en fonction de l'abaissement du taux de la viscosité sanguine, ainsi que l'ont justement indiqué les recherches de Pascuelli et Gubler, ou celles, plus récentes, de Boveri (*Clinica medica Italiana*, 1906) ; Landini (*Presse médicale*, 1908), et Céroni (*Revista critica di clinica medica*, 11 nov. 1910). Les iodiques, en effet, sont des hypovisqueux et la polyurie qui traduit leur action est, avant tout, fonction de la perméabilité rénale du sujet. Il s'agit d'une vraie décharge uréotoxique que l'on déclanche.

B. *Tonique générale*. — C'est cette action tonique, qui se traduit par l'état d'euphorie, qu'ont accusé nos malades, de façon à peu près constante. Le pouls est accéléré, mais régularisé et renforcé, ainsi que les battements cardiaques qu'il traduit. Les vaso-constricteurs se resserrent et cette action se traduit souvent aussi par une transpiration abondante, dont les heureux effets viennent s'ajouter à ceux de la décharge urinaire. On a l'impression d'assister à une véritable phase critique.

On remarque, enfin, une stimulation générale de tous les organes à sécrétion interne, à laquelle participent tous les parenchymes glandulaires, à des degrés variables, mais, en général, assez accusés.

La saignée

L'action de la saignée a été déjà bien longuement et copieusement étudiée, ce qui nous permettra de ne pas nous étendre trop longtemps sur le sujet.

Pour résumer, ce qui nous paraît être l'opinion des divers auteurs, et ce qui se dégage de nos observations personnelles, la saignée nous paraît agir sur l'organisme, selon une double manière. Son double rôle paraît être : d'abord, purement mécanique, en fonction du volume de liquide prélevé ; ensuite, plus physiologique, en fonction de la qualité du sang prélevé. Nous étudierons successivement ces deux modes d'action ; le premier, dit de désengorgement, et le deuxième, antitoxique.

Rôle mécanique. — Sous l'action d'une émission sanguine abondante, la tension artérielle s'abaisse, les battements du cœur se régularisent, la gêne respiratoire diminue. Cette baisse de la tension artérielle, contrôlée à l'appareil sphygmotensiométrique de Pachon, porte surtout sur la tension minima, traduisant ainsi un soulagement réel dans le travail du cœur. Souvent, nous avons constaté une chute de 1 à 2 degrés, en même temps que, sur le cadran enregistreur des pulsations, nous constatons que les battements cardiaques augmentaient d'amplitude. Cette action, déjà indiquée dans les premiers moments qui suivent la saignée, s'amplifie et devient de plus en plus sensible.

Sous l'influence de l'émission sanguine, l'engorgement pulmonaire disparaît ou se localise. L'œdème, qui augmente les foyers d'hépatisation et rend le poumon à peu près imperméable, diminue. Le cœur, soulagé, lutte avec plus de bonheur et, au lieu du blocage menaçant que les toni-cardiaques ne peuvent rendre que plus complet, c'est la détente.

Et ce rôle se fait sentir de façon d'autant plus appréciable qu'il est appliqué de façon plus précoce. Car alors la médication s'adresse, non plus à des lésions organisées, susceptibles de se défendre, mais à des foyers en voie de

formation. Sous l'influence d'une circulation plus active, mieux équilibrée, fait remarquer M. le professeur Ravaut, l'hématome pulmonaire, stade ultime de la congestion autour des foyers pneumoniques, se résorbe et avec lui disparaissent ces zones vouées à la mortification, à la nécrose, et qui constituent un milieu de culture d'élection pour toutes les infections surajoutées. Ainsi l'on tarit, dès leur naissance, les sources des suppurations pulmonaires indéfinies qui assombrissent si souvent le décours de toutes les infections aiguës du poumon.

Rôle antitoxique. — Il se traduit par l'abaissement constant et rapide de la température. Cette action nous paraît due, non seulement aux réactions humorales et cytologiques, qui se produisent sous l'action de l'émission sanguine, mais encore à l'action directe du prélèvement de toxines dans l'organisme. Il est classique d'admettre que 100 grammes de sang prélèvent dans l'organisme 1 gr. 50 de matières extractives, lorsqu'il s'agit d'un individu sain. Il ne nous paraît pas exagéré de supposer que le chiffre peut être doublé lorsqu'il s'agit de sujets atteints de toxémie, comme c'est le cas de nos malades. On peut juger par là de quel réel soulagement bénéficie l'organisme qui perd une partie des éléments nocifs qu'il contenait et, sans pour cela, que son filtre rénal en soit le moins du monde incommodé.

CHAPITRE II

MÉTHODE DE TRAITEMENT

SES INDICATIONS. — SES CONTRE-INDICATIONS

La méthode de traitement que nous avons employée découle de toutes ces données forcément un peu théoriques.

Après les tâtonnements inévitables du début, il a été facile d'en établir la formule; d'en formuler les indications et les contre-indications. L'expérience clinique de nos prédécesseurs nous a puissamment servi et a contribué à nous donner rapidement une règle définitive.

Les indications sont aussi simples que possible.

Toutes les formes congestives aiguës d'infection pulmonaire, avec leur cortège symptomatique habituel: dyspnée, cyanose, suffocation, crachats plus ou moins rouillés, souvent hémoptoïques. Dans la plus grande majorité des cas, c'est le crachoir qui fait le diagnostic et pose les indications.

A quel moment vaut-il mieux intervenir? — En principe, le plus tôt possible. Ce sont les cas traités dès le début qui nous ont donné les succès les plus constants et les plus rapides. L'infection a moins de prise sur l'organisme, les lésions n'y ont pas encore leur caractère définitif et l'on voit fréquemment la maladie tourner court, alors qu'elle paraissait menaçante. M. le professeur Ravaut insiste, tout

spécialement, sur la nécessité d'appliquer le traitement de façon précoce. Il nous a paru aussi que c'est là un des facteurs primordiaux de réussite. On pourra en juger facilement à la lecture de nos observations. C'est dans les cas traités, dès leur éclosion, c'est-à-dire du deuxième au quatrième jour, que nous trouvons les résultats les plus intéressants et les plus démonstratifs. Plus tard, les résultats obtenus peuvent paraître contestables. Une défervescence de pneumonie ou de congestion pulmonaire, obtenue au neuvième jour d'évolution, est un fait normal; survenant plus tôt, elle paraît justifier davantage de l'efficacité du traitement proposé.

Donc, le plus tôt possible, et sitôt qu'il s'agit des formes cliniques évoluant avec un complexe symptomatique témoignant d'un engorgement pulmonaire sérieux (dyspnée, gêne respiratoire, crachats hémoptoïques, etc.), nous pratiquons une émission sanguine abondante, de 600 à 800 grammes, en général, soit par ponction veineuse, soit par ventouses scarifiées, soit en associant les deux procédés. Cette dernière méthode nous paraît, de toutes, la plus avantageuse. Elle joint, en effet, à l'action thérapeutique générale, les bénéfices d'une révulsion locale, et, bien souvent, constitue un traitement du point de côté fort apprécié des malades. Dans la plupart des cas, les effets bienfaisants ne se font pas attendre et les phénomènes congestifs s'amendent rapidement. Mais nous avons pu rencontrer aussi des formes tenaces et être appelé, en présence de la persistance des indications, à recommencer les émissions sanguines; mais, cette fois, à des doses plus faibles, 300 à 400 gramme, le lendemain ou dans les jours qui suivent, sous l'influence de nouveaux foyers.

En aucun cas, nous n'avons observé d'accident imputable à cette façon d'agir. Je ne cite que, pour mémoire, les

petits incidents qui peuvent surgir au cours de la saignée ou dans ses suites immédiates.

Quant aux injections iodées qui accompagnent la saignée, c'est sous la forme la plus simple que nous les pratiquons. La formule de la solution à injecter, telle que l'a établie M. le docteur Barroz, et préconisée par M. le professeur Ravaut, est la suivante :

Iode métallique.....	1 gramme
Iodure de potassium....	2 grammes
Eau distillée.....	100 grammes

On obtient, ainsi, un liquide brun, transparent, facilement stérilisable et très stable, dont un centimètre cube correspond à 1 centigramme d'iode métallique.

De cette solution, parfaitement homogène, et qu'il est préférable d'utiliser fraîchement préparée, nous avons injecté, jusqu'à 7 centimètres cubes d'un seul coup, sans inconvénient manifeste. Mais il s'agit là de doses fortes et sans grand avantage thérapeutique.

La dose optima nous paraît être de 2 à 3 centimètres cubes par jour et par injection. Nous n'avons jamais observé aucune réaction chez nos malades et, cependant, notre pratique actuelle de la méthode atteint, et même dépasse, le chiffre de 800 injections pratiquées. Ces doses quotidiennes peuvent être continuées, sans inconvénient, pendant un temps assez long. Chez l'ensemble de nos malades, 12 à 15 centigrammes d'iode métallique, répartis en trois ou quatre piqûres, ont suffi pour atteindre l'effet recherché.

Toujours nous nous sommes adressé à la voie intraveineuse, si sûre, en même temps que si pratique, en main d'un opérateur tant soit peu exercé, et jamais nous n'avons eu à déplorer d'accident d'aucune sorte.

Quant à la solution employée par nous, elle nous a séduit surtout par sa simplicité d'exécution et par son modique prix de revient qui la mettent facilement à la portée de tous.

Quant à la question de son isotonie et de son action sur les éléments du sang circulant et, principalement, des globules rouges, une expérience de réalisation facile, que nous avons répétée souvent, nous a permis de nous rendre compte de son inocuité parfaite. Nous avons, en effet, laissé en contact, pendant des temps de durée variable, de dix minutes à deux heures, soit des globules rouges, provenant d'un caillot sanguin repris par du sérum physiologique, soit de sang pris au sortir de la veine, avec des quantités variables de notre solution.

À l'examen, sous le microscope, nous n'avons jamais obtenu aucun phénomène de cytolyse ou de déformation de quelque nature qu'elle soit; ce qui nous paraît une preuve irréfutable de l'inocuité de la méthode.

Nous avons, par comparaison, usé d'autres préparations iodées, soit iode colloïdal, soit iodo-organiques que l'on rencontre dans le commerce. À poids d'iode injecté égal, les résultats n'ont pas été sensiblement différents. Notre choix s'est porté plus volontiers sur la solution iodo-iodurée, parce que plus simple et, partant, plus facilement dosable.

Donc, après la saignée, nous injectons, à nos malades, 3 centimètres cubes de la solution iodo-iodurée; le lendemain et les jours suivants, nous renouvelons la dose, tant que persiste l'état infectieux et que la fièvre ne cède pas. L'amélioration obtenue, nous cessons, prêt à recommencer à la première alerte, si, de nouveau, l'état général le commandait.

Quant aux contre-indications de la méthode, il ne nous paraît pas en exister de bien sérieuses.

Le temps ne peut nous fournir qu'un facteur de plus ou moins grande réussite. Nous n'avons pas hésité à traiter des malades atteints déjà depuis plus d'une semaine et le succès qui a couronné nos efforts nous a encouragé dans cette voie. Il semble, dans ces cas, que ce soit surtout à l'injection iodée que reviendra la place de choix pour des raisons qu'il est facile de supposer.

Chez des tuberculeux avérés et, principalement, dans les périodes de poussée congestive du début de la maladie, nous avons préféré nous abstenir de l'injection iodée dans la crainte, peut-être un peu théorique, des troubles qu'occasionne, chez ces malades, l'apport d'iodures dans le sang. Mais, hâtons-nous de dire que, chez ces derniers, la saignée conserve toutes ses indications et que nous en avons jugé souvent et sans ennui d'aucune sorte. Enfin, l'injection iodée, à faible dose, fait merveille dans les scléroses pulmonaires, bronchites emphysémateuses ou séquelles d'affections aiguës dont elles activent la régression en facilitant le retour de la souplesse normale du parenchyme pulmonaire. Une étude plus détaillée, qui sortirait du cadre de ce travail, et pour laquelle le temps nous a manqué actuellement, permettrait de se rendre un compte exact de ce rôle très intéressant et qui paraît pouvoir élargir considérablement les limites d'emploi de cette thérapeutique.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Appelé au chevet d'un malade, nous le trouvons en proie à une fièvre violente. Sa face est congestionnée, son souffle court et son visage anxieux. Une toux sèche et douloureuse le secoue, décrochant péniblement quelques crachats sanglants qu'il expectore avec difficulté. Nous auscultons ses poumons : quelques ronchus disséminés, des sibilances éparses et localisées, le plus souvent, vers l'une ou l'autre base, un foyer pulmonaire imperméable à l'air respiratoire et donnant à la toux des râles crépitants fins. Les battements du cœur sont sourds et tumultueux. Le pouls rapide. C'est la congestion pulmonaire grippale, forme assez fréquente, qui n'en est pas, pour cela, plus bénigne. A ce malade, nous pratiquons une saignée copieuse et une injection iodo-iodurée intraveineuse de 3 centimètres cubes. Dans les heures qui suivent, il nous est donné d'assister à un changement notable. C'est tout d'abord une sensation d'euphorie tout à fait remarquable. Le calme a succédé à l'agitation, la toux est moins violente, le patient se sent moins suffoqué, il peut jouir d'un léger repos. Dans les cas favorables, la température, prise après cinq ou six heures, indique une faible défervescence. Le pouls est plus ample et moins rapide. Le lendemain, nouvelle injection iodée de 3 centimètres cubes. Cette fois encore, on peut

constater l'amélioration de l'état général et de l'état local. La céphalée et la courbature disparaissent, le sommeil revient en même temps que le malade accuse quelques sueurs et, bien souvent, on assiste à un véritable déclenchement de phénomènes critiques : polyurie, herpès labial, sueurs abondantes, etc.

L'amélioration de l'état local paraît marcher aussi de pair. L'auscultation permet de suivre, dans toutes leurs phases, les phénomènes qui se déroulent. Dans les cas les plus heureux, traités dès le début et dans lesquels les symptômes mitraux se bornaient à de la simple obscurité respiratoire, avec quelques râles crépitants très discrets, on est très surpris de voir petit à petit tout rentrer dans l'ordre, le poumon redevenir perméable, les râles disparaître comme par enchantement. Dans d'autres cas plus avancés, le foyer évolue, le souffle tubaire apparaît, mais tout cela demeure très localisé ; les réactions de voisinage manquent. En quelques jours, râles fins et souffle font place aux crépitants de retour, signes de la maturité inflammatoire. Le poumon se fait plus souple sous l'oreille, tout s'estompe progressivement. C'est à peine si, au cours de cette période de résorption, le thermomètre a marqué une bien courte élévation de température. C'est la dernière étape franchie avant la convalescence, dont la durée assez longue demeure la preuve indiscutable de la violence de l'assaut qui vient d'être repoussé.

Tel est le schéma du complexe symptomatique qui accompagne notre thérapeutique dans les cas où elle exerce une action favorable. Pour l'étudier plus en détail, nous avons pensé diviser les infections pulmonaires grippales en trois catégories, qui diffèrent peut-être moins par les lésions anatomopathologiques qui les caractérisent que par les variations du degré de gravité de leur évolution.

Nous allons décrire successivement les bronchites grippales, les congestions pulmonaires, les broncho-pneumonies et pneumonies de la grippe.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Bronchites*. — C'est ainsi que les choses se passent lorsque, dans les formes atténuées, on emploie les injections iodo-iodurées à la phase précongestive ou congestive du poumon, sans localisation très nette. Alors la guérison est la règle constante et même, dans quelques cas peu graves, on peut obtenir la chute de température, la sédation des phénomènes locaux et généraux, sans avoir recours à un prélèvement de sang, simplement par l'injection iodo-iodurée. C'est à cet ordre de faits qu'appartient aussi un certain nombre de cas intermédiaires entre la bronchite et la congestion pulmonaire, tenant de l'une et de l'autre, que l'on a si justement appelés : bronchites congestives grippales (voir observation première à VIII).

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Congestions pulmonaires*. — Nous en distinguerons deux types, selon l'allure clinique et le degré de gravité; au premier correspondent des formes plus bénignes, au second des formes plus graves.

Premier type. — C'est ainsi également que les choses se passent lorsque les phénomènes généraux sont plus accentués et que, localement, il y a une congestion véritable du parenchyme pulmonaire, caractérisée par une zone d'obscurité à peu près totale d'une région pulmonaire étendue, avec ou sans sibilances ou par un foyer de râles crépitants avec souffle. Mais alors, c'est déjà plus incertain que précédemment. La fièvre tombe parfois de façon brusque, souvent, dans un type irrégulier, il y a des retours du thermo-

mètre correspondant à de nouvelles petites poussées congestives, indiquant que le traitement opère plus lentement.

L'influence de l'émission sanguine se fait sentir, dès le début, mais les symptômes généraux sont moins pressés de s'amender. On a parfois l'impression de voir évoluer la maladie; mais sous une forme atténuée, à une température voisine de la normale et, somme toute, sans grand dommage pour l'organisme.

Deuxième type. — Cela est vrai, surtout, si, probablement, sous l'influence d'un élément infectieux exacerbé, la congestion n'a pu être jugulée dès le début, et si son évolution se poursuit; si, après une sédation à peu près complète des phénomènes locaux et généraux, en trois ou quatre jours, la poussée congestive reprend de plus belle et s'étend en plusieurs directions dans le poumon; on atteint d'emblée un degré d'infection plus avancé que nous venons de décrire, cas intermédiaire entre la congestion œdémateuse, généralisée, hypertoxique, à marche rapide et la broncho-pneumonie et la pneumonie. Qu'il s'agisse de formes relativement simples, à localisation uniquement pulmonaires ou de formes à localisations multiples, pulmonaires, pleurales, intestinales, etc., où chaque organe atteint vient ajouter sa réaction spéciale et assombrir le tableau. Dans ces états, que la toxémie paraît dominer surtout, nous sommes intervenu encore avec succès et nous avons observé une défervescence parfois rapide, avec une terminaison favorable de la maladie. Il s'en faut, malheureusement, que nous n'ayons à enregistrer que des succès.

Malgré les injections iodées et les saignées copieuses, malgré toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique, nous avons vu évoluer des formes hypertoxiques. Après six à sept jours de température entre 39 et 40 degrés, avec un pouls battant entre 110 et 120, la congestion aboutit au

bloquage complet du poumon et à la broncho-pneumonie massive qui emporte le malade.

TROISIÈME CATÉGORIE. — *Broncho-pneumonies et pneumonies.* — Enfin, nous avons employé la saignée et les injections iodo-iodurées dans la pneumonie et la broncho-pneumonie grippales. Sans doute, dans ces cas extrêmes, l'action antithermique et anti-infectieuse de l'iode se manifeste avec moins d'évidence, elle n'en est pas moins réelle pour cela. Nous avons eu le plaisir d'enregistrer quelques succès qui nous paraissent aussi démonstratifs. Le traitement employé a été suivi de défervescence brusque et nous avons eu l'impression qu'il avait au moins raccourci la période d'état de la maladie, amorcé et favorisé la défervescence brusque, abrégé la période de restauration, en un mot, facilité la réaction favorable de l'organisme. L'examen des observations qui ont trait à ces formes, même dans les cas défavorables, témoigne du fait que, dans maintes circonstances, le traitement a été suivi de la réaction critique dont l'organisme a ou n'a pas pu faire entièrement les frais et dont la marche bienfaisante a été troublée par une complication, surgie dans le domaine du cœur surtout, ou du système nerveux, et qui a emporté le malade.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Avant d'entrer dans une étude détaillée des observations qui forment la base de ce travail, il nous paraît intéressant de dire quels ont été les résultats qu'a donnés, entre nos mains et celles de nos prédécesseurs, la méthode que nous étudions et dont nous proposons l'emploi.

Née dans le service de M. le professeur Ravaut,, elle a été appliquée, pendant trois mois, dans le service de M. le médecin aide-major Barroz, à la division des détenus et prisonniers de guerre de l'hôpital militaire de Marseille ; puis, dans notre service, dans le même hôpital. Notre expérience s'échelonne donc sur une durée d'environ cinq mois. Pour permettre de l'apprécier équitablement, il est utile qu'on sache qu'elle a porté, en majeure partie sur des prisonniers de guerre et des soldats français détenus. Les uns et les autres étaient, en général, déprimés par la captivité, le milieu et les conditions d'existence. Chez eux il nous a été malheureusement permis, dans bien des cas, de relever des tares morbides antérieures : syphilis, paludisme et tuberculose, bien souvent associées chez un même sujet. Enfin, la plupart des malades n'arrivaient que tardivement à l'hôpital, atteints depuis plusieurs jours déjà, alors qu'il est capital d'être soigné dès le début. Toutes ces raisons ont, on le conçoit, augmenté la difficulté de notre tâche et

diminué l'étendue de nos bons résultats. Cependant, nous le pensons du moins, ceux que nous avons obtenu ne laissent pas que d'être encourageants.

En effet, pendant cinq mois, du 1^{er} octobre 1918 au 21 février 1919, nous avons soigné 241 malades atteints de grippe. Sur ce nombre, 54 sont à exclure, parce qu'ils n'ont présenté que des manifestations très légères: gros rhumes, trachéites et bronchites légères, formes anodines qui ont guéri spontanément sous l'influence du repos au lit, de la chaleur et sans exiger l'emploi d'un traitement bien effectif.

Nous avons donc 187 malades dont les symptômes pulmonaires se sont accompagnés de phénomènes sérieux et ont exigé, pour la plupart, l'emploi de la saignée et des injections iodées. Sur ce nombre, 57 sont morts et 130 ont guéri.

Parmi les guéris, 39 l'ont été de bronchites congestives grippales, 61 l'ont été de congestions pulmonaires, 30 de broncho-pneumonies et de pneumonies.

Les décès relèvent: 34 de la congestion pulmonaire, 25 de la broncho-pneumonie et 10 de la pneumonie.

En bonne justice, nous estimons que 41 décès seulement peuvent nous être imputés. Parmi les 16 qui ne devraient pas entrer en ligne de compte, 3 ont suivi des congestions pulmonaires, greffées sur de la tuberculose pulmonaire; dans ces cas, nous avons hésité à pratiquer l'injection iodée dont nous avons craint les effets immédiats sur l'évolution tuberculeuse; un autre est la conséquence d'une hémorragie cérébrale qui a emporté le malade au cours de sa convalescence; un autre (soldat indo-chinois), était porteur d'une rate énorme avec hépato-mégalie, d'origine paludéenne et une dothiéntérie, dûment caractérisée par le

laboratoire, affection qui est venue précipiter la marche de la maladie et en rendre les effets plus redoutables.

Les autres observations concernent des décès survenus dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui ont suivi l'entrée des malades à l'hôpital et même, pour deux d'entre elles, au moment même de l'arrivée. Tous les malades de ces observations présentaient des formes hypercongestives et hypertoxiques de la grippe qui défient toute thérapeutique. Il reste donc que nous avons guéri les deux tiers de nos malades et que nous en avons perdu l'autre tiers. Ces chiffres là paraissent considérables, eu égard aux données habituelles des statistiques. Ils n'ont rien d'étonnant, eu égard aux conditions énumérées plus haut et qui tiennent, d'abord à la résistance des sujets, et ensuite, au milieu dans lequel nous opérons.

La preuve en est, qu'alors que nous avons eu 25 décès dans la période d'octobre, nous n'en avons plus que 12 en novembre, 8 en décembre, 6 en janvier, et 3 en février, pour des chiffres de malades, il est vrai, beaucoup moins considérables à la fin, mais tout de même sans rapport de proportion avec une pareille décroissance. C'est qu'à ce moment, cessant de nous occuper de prisonniers, nous avons poursuivi notre étude dans un service de permissionnaires, tous soldats européens, en général robustes et sains, offrant moins de prise à l'infection et plus de résistance à la maladie.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

CHOIX DES OBSERVATIONS. — Nous allons maintenant reproduire quelques-unes des observations qui nous ont paru les plus typiques et aussi les plus démonstratives, en rapport avec les diverses catégories et les types qu'elles comportent, des manifestations pulmonaires grippales, établis plus haut.

Sur environ 200 observations, nous en avons choisi une quarantaine qui nous paraissent résumer toutes nos recherches et nous évitent la monotonie des redites fastidieuses.

Parmi ces observations, on en trouvera se rapportant à des décès qui résument les principales formes qui ont été suivies de mort, qu'il s'agisse de complications étrangères à la maladie (obs. XXXVII), de formes hypertoxiques foudroyantes (obs. XXXVIII et XLV), ou à évolution maligne (obs. XLVI), ou à l'état antérieur du sujet (obs. XXI et XXXIX).

Première catégorie : Bronchites grippales

OBSERVATION PREMIÈRE

(Personnelle)

Bronchite grippale

B. J..., âgé de 20 ans, soldat au 11^e d'infanterie coloniale.

Malade depuis cinq jours ; soigné à l'infirmerie régimentaire, pour courbature fébrile ; se plaint de dyspnée assez

marquée avec gêne respiratoire et douleurs thoraciques vives. Expectoration peu abondante, légèrement striée de sang; toux fréquente, douloureuse, plus intense la nuit.

Entre à l'hôpital, le 5 février, salle Percy. On constate de la bronchite et de la trachéite, sans localisation spéciale. Température: 39°5. Injection iodée de 3 centimètres cubes, le 5; 2 centimètres cubes, le 7; 2 centimètres cubes le 8.

Le 9, au matin, la défervescence commence, en même temps qu'apparaissent des sueurs abondantes. La toux devient moins fréquente, plus grasse; l'expectoration, plus abondante.

A l'auscultation, les ronchus et les sibilances font place à des râles muqueux.

14 février. — Le malade quitte le service, convalescent. Les phénomènes pulmonaires ont presque complètement disparu. L'état général est bon; il persiste un peu d'asthénie.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Bronchite grippale

C..., prisonnier bulgare, âgé d'environ 30 ans. Malade depuis sept à huit jours. Grippe à forme d'embarras gastrique; sujet anémié et affaibli; amaigrissement. Tousse et souffre de la poitrine depuis trois jours.

A son arrivée dans le service, le 19 novembre 1918, présente des signes de bronchite du poumon gauche, avec ronchus et sibilances. Toux fréquente et douloureuse; expectoration peu abondante; quelques crachats visqueux. Température: 38°5. Etat général médiocre.

Le 19 août 1918, ventouses scarifiées à gauche, en avant et en arrière; injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 20 août: injection iodée, 2 centimètres cubes.

Les phénomènes pulmonaires vont en s'atténuant; la toux disparaît; l'expectoration devient plus fluide et plus abondante.

A partir du 23 août, la température oscille autour de 37°; le malade se trouve beaucoup mieux. Quitte le service le 30 novembre, guéri.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Barroz)

Bronchite grippale

N..., âgé de 25 ans, soldat français détenu.

Entré à l'hôpital, le 28 octobre. Malade depuis quatre jours. Bronchite congestive grippale double. Température à 39°5. Traitement: saignée de 700 grammes; injections iodo-iodurées: le 28, de 3 centimètres cubes; le 29, de 3 centimètres cubes; le 30, de 2 centimètres cubes.

L'élément congestif est plus développé. Il a fallu, pour obtenir une rémission complète de la fièvre, le secours d'une saignée de 700 grammes. Néanmoins, l'action antithermique de l'iode est très évidente. La troisième injection est suivie d'une défervescence rapide. Malade à 37°, en quatre jours. Il quitte le service, guéri, le 12 novembre.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Bronchite grippale

P..., soldat français, âgé de 32 ans, détenu.

Entré à l'hôpital le 28 octobre 1918. Malade depuis deux jours; se plaint de toux avec oppression, point de côté et

fièvre; peu d'expectoration; température: 39°6. Signes de bronchite aiguë, généralisée à la période de début.

Le 29 octobre 1918, injection iodée: 3 centimètres cubes. La température cède, les phénomènes pulmonaires paraissent s'améliorer.

Le 31: nouvelle poussée thermique. Injection iodée: 2 centimètres cubes; tout rentre dans l'ordre. Le malade quitte le service, le 14 novembre, guéri.

OBSERVATION V

Bronchite grippale

V..., prisonnier bulgare, âgé d'environ 28 ans.

Entré à l'hôpital le 30 octobre 1918. Malade depuis deux jours. Grippe à forme pulmonaire; bronchite généralisée et trachéite; température à 39°. Quatre injections iodo-iodurées: 3 centimètres cubes, le 30 octobre; 3 centimètres cubes, le 31 octobre; 2 centimètres cubes, le 1^{er} novembre; 2 centimètres cubes, le 2 novembre.

La température s'abaisse progressivement; les phénomènes pulmonaires tournent court et disparaissent. Le malade sort, guéri, le 7 novembre 1918.

OBSERVATION VI

Bronchite grippale

C..., soldat français, détenu.

Entré le 13 novembre 1918. Malade depuis six jours. Bronchite généralisée; température: 39°6. Mauvais état général. Trois injections iodo-iodurées de 2 centimètres cubes chacune.

Le 17, la température est tombée à 37°2.

Le 26, le malade quitte l'hôpital, guéri.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Bronchite grippale

D..., prisonnier de guerre, soldat allemand.

Entré, le 27 octobre 1918, salle Cardes, lit n° 45. Malade depuis six jours. Bronchite congestive grippale avec crachats hémoptoïques; point de côté à droite; dyspnée et gêne respiratoire. Température à 40°.

Traitement. — Saignée: 600 grammes; injections iodo-iodurées: 3 centimètres cubes et 2 centimètres cubes.

Sous l'influence du traitement, la température s'abaisse et les phénomènes infectieux rétrocedent.

Le 17, nouvelle ascension thermique. Injection iodée: 3 centimètres cubes.

Le 18, injection iodée: 2 centimètres cubes; la température cède de nouveau.

Le 28 novembre, le malade quitte le service entièrement guéri.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Bronchite grippale

N..., soldat au 1^{er} d'infanterie. Permissionnaire, tombé malade à son passage à Marseille. Evacué sur l'hôpital militaire, après cinq jours de traitement à l'infirmerie de garnison.

Tousse et souffre du côté depuis vingt-quatre heures.

Traitement. — Trois injections iodées; 3 centimètres cubes, le 31 octobre; 2 centimètres cubes, le 2 novembre; 2 centimètres cubes, le 3 novembre.

Bronchite congestive grippale où l'élément congestif est peu accentué. On voit la température abaisser de 39° à la normale, simplement sous l'action de trois injections iodées.

Il s'agit ici, comme on le voit, de formes légères, en général, et dont le schéma moyen est donné dans l'observation première. Rarement, l'émission sanguine nous a paru indiquée dans ces cas (obs. III et VII), et encore a-t-il suffi d'une seule saignée pour juguler immédiatement des phénomènes qui paraissaient devoir s'aggraver. Par contre, nous assistons, dans chacune des observations, à l'action bienfaisante de l'injection iodée, qui se traduit, cliniquement, par une amélioration notable et rapide de l'état général, la sédation de la température, la prompte atténuation des phénomènes pulmonaires et l'évolution rapide, et sans complications, ni séquelle d'aucune sorte, de la bronchite de nos malades. Et, cependant, nous tenons à insister encore une fois sur l'état vraiment misérable dans lequel tous ceux-ci nous parvenaient, et qui semblait les désigner comme une proie toute préparée à toutes les complications possibles.

Deuxième catégorie : Congestions pulmonaires

Selon l'allure clinique et l'évolution, nous en distinguons deux types :

PREMIER TYPE. — *Congestions légères.* — L'élément congestif existe, mais il est cependant peu marqué. Ce sont des formes de transition entre la bronchite des cas précédents et les congestions véritables. On distingue cependant des phénomènes d'auscultation qui témoignent indubitablement de l'atteinte du parenchyme pulmonaire. Nous re-

trouvons partout de l'obscurité respiratoire, des foyers de râles crépitants avec souffle, de la dyspnée et des crachats hémoptoïques. L'état général est touché, sans cependant donner motif à des inquiétudes. Ce sont des formes relativement bénignes, mais tout de même susceptibles d'aggravation, de rechutes, de transformation par passage à la chronicité.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

L. F..., soldat au 8^e R. T. C., 21 ans, né à la Réunion. Entré à l'hôpital, le 12 février 1919, salle Percy, n° 90. Malade depuis deux jours. Début brusque par frisson violent, fièvre élevée, point de côté, prostration et fatigue générale intense.

EXAMEN. — *Appareil respiratoire.* — Dyspnée, matité à la base droite, avec augmentation des vibrations vocales; obscurité respiratoire; souffle tubaire avec couronne de râles crépitants inspiratoires. Expectoration sanguinolente assez abondante. Urines: rares et troubles. Pouls rapide, bruits du cœur, sourds et rapides. Adynamie marquée, somnolence et léger délire. Température: 39°.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Injections iodées, les 12, 13 et 14, 3 centimètres cubes chaque fois.

Le 16 février 1919. — La température cède. Apparition de quelques râles crépitants de retour, base droite. Le souffle persiste, mais moins violent; les crachats ne sont plus sanglants. Les phénomènes généraux se sont amendés, le malade parle et a dormi un peu.

Le 17 février. — Petite ascension thermique, sans ré-

percussion sur l'état général. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 21 février. — Les phénomènes respiratoires sont tout à fait améliorés, le souffle a disparu; quelques crépitants à la toux. Le poumon est perméable à l'air sur toute son étendue. Amélioration de l'état général.

Le 24 février. — Amélioration de l'état général. Le malade se lève et mange. Il présente encore quelques petits râles de bronchite diffuse du poumon droit.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

T. M..., âgé de 21 ans, 46^e d'artillerie, soldat permissionnaire. Entré, à l'hôpital militaire, le 1^{er} février 1919. Malade depuis quatre jours. Début par frissons, point de côté et céphalée.

EXAMEN CLINIQUE. — 1^{er} février 1919. — Congestion pulmonaire droite; foyer de râles crépitants, sans souffle. Expectoration abondante, rouillée. Cyanose légère des pommettes; dyspnée. Cœur rapide, mais bien frappé.

Traitement. — Saignée de 600 grammes. Injections iodées de 2 centimètres cubes les 1^{er}, 2 et 3 février.

Dès la soirée du 1^{er} février, le malade se déclare mieux; il est beaucoup moins oppressé, urine plus abondamment et transpire.

3 février. — Chute brusque de température.

4 février. — Pas de modification des phénomènes pulmonaires, mais l'état général est très amélioré. Transpiration abondante. Herpès naso-labial.

5 février. — Râles sous-crépitanants, base droite; l'expectoration

toration devient moins purulente et ne contient plus de sang. Reprise de l'appétit. Le malade se déclare guéri.

Les jours qui suivent, on assiste, peu à peu, à la disparition des phénomènes pulmonaires. La toux s'éteint; les forces reviennent.

15 février. — Le malade part en convalescence.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

T. J..., soldat, classe 1916, permissionnaire. Entré, à l'hôpital militaire, le 12 janvier 1919, salle Percy, n° 105. Malade depuis quatre jours. Congestion pulmonaire droite avec obscurité respiratoire et râles crépitants en foyer, base droite, sans souffle. Etat général: bon. Peu de dyspnée. Point de côté assez violent.

Traitement. — Saignée: 600 grammes, le 12 janvier. Ventouses scarifiées, donnant environ 100 grammes de sang, le 14 janvier. Injections iodées: 3 centimètres cubes, les 12 et 13 janvier; 2 centimètres cubes, les 14 et 15 janvier; 1 centimètre cube, les 16 et 17 janvier. Chute de la température, de 40° à 37°, en cinq jours, c'est-à-dire du 5 au 10 janvier. Amélioration progressive des phénomènes thoraciques. Amélioration aussi rapide de l'état général.

Le 12, le malade se lève, la convalescence est commencée. Il quitte le service, guéri, le 24 janvier 1919.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

N..., soldat français, détenu, âgé de 30 ans. Entré, à l'hôpital militaire, service des détenus, le 19 octobre 1918.

Malade depuis cinq jours. Congestion pulmonaire, avec souffle. Etat général de gravité moyenne. Température à 39°, le matin; le soir, monte à 40°. Vu à la visite du 20, température: 40°. Foyer de râles crépitants fins, avec souffle, base gauche. Dyspnée. Crachats rouillés. Température: 40°. Saignée de 600 grammes. Injection iodée de 3 centimètres cubes.

27 octobre. — Chute de température: 38°; état général amélioré. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le lendemain, la température est à 37°; l'état général bon; le foyer pulmonaire paraît se résorber.

27 octobre. — Au douzième jour, légère élévation de température et réapparition du point de côté. Deux injections iodées de 2 centimètres cubes jugulent cette nouvelle poussée qui tourne court.

1^{er} novembre. — Le malade est convalescent. Il quitte le service, guéri, au dix-huitième jour de sa maladie.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

X..., soldat français, détenu, âgé de 36 ans. Entré, à l'hôpital, service des détenus, le 29 octobre 1918. Malade depuis quelques jours. Congestion pulmonaire gauche, sans atteinte sérieuse de l'état général.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Trois injections iodées de 3 et 2 centimètres cubes, les 29, 30 et 31 octobre. La température est redevenue normale en quatre jours. Les signes d'auscultation s'améliorent rapidement et ont complètement disparu vers le huitième jour. Le malade quitte le service, guéri, vers le 15 novembre.

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

B. P..., soldat au 11^e infanterie, 20 ans, permissionnaire. Entré, à l'hôpital militaire, le 28 février 1919, salle Percy, lit n° 127. Malade depuis trois jours. Congestion pulmonaire droite avec état général médiocre; très forte dyspnée et cyanose marquée du visage. Expectoration sanglante peu abondante. Température: 39°5 et 40°2.

Traitement. — Saignée: 200 grammes, le 28 février. Injection iodée: 3 centimètres cubes.

Le 19. — La température est toujours à 40°. Point de côté violent. Six ventouses scarifiées. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 25 mars. — La température cède et l'état général est meilleur. Chute thermique, d'abord brusque, puis plus lente. La température redevient normale en six jours. L'expectoration devient aussi rapidement sans caractères.

Le 8 mars. — Les phénomènes d'auscultation ont disparu. Convalescence longue. Quitte le service, guéri, le 29 mars 1919.

OBSERVATION XV

Congestion pulmonaire

N..., soldat français, détenu, 23 ans. Entré, à l'hôpital, le 30 novembre, service des détenus. Malade depuis quatre jours. Foyer de congestion pulmonaire grippale, base droite; râles crépitants fins et obscurité respiratoire, sans souffle. Température: 40°2.

Traitement. — Saignée de 600 grammes. Quatre injections iodées, de 2 centimètres cubes, les 1^{er}, 2, 3, et 4 décembre. Chute de la température en *lysis* qui devient normale en cinq jours. Le malade quitte le service, guéri, le 12 décembre, soit dix-huit jours après le début de sa maladie.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

M. A..., soldat français, âgé de 22 ans, détenu. Malade depuis trois jours. Entré, à l'hôpital, le 2 janvier 1919. Foyer congestif, base droite. Obscurité respiratoire et matité. Quelques crachats sanglants. Dyspnée et point de côté à droite. Température: 40° et 40°6.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Trois injections iodées, de 3 et 2 centimètres cubes.

4 janvier. — Le poumon devient perméable sur toute son étendue; apparition de quelques râles crépitants à la base droite; pas de souffle; température: 38°5.

7 janvier. — La température est redevenue normale. Nombreux râles crépitants; expectoration assez abondante, muco-purulente; amélioration progressive. Sort, guéri, le 18 janvier 1919.

OBSERVATION XVII

(Personnelle).

A. N..., soldat au 15^e C. O. A., 28 ans. Entré, à l'hôpital militaire, le 13 février 1919, salle Percy, n° 129. Foyer congestif partie moyenne du poumon gauche, crachats hémoptoïques. Bon état général. Température: 39°2.

Traitement. — Saignée: 600 grammes. Trois injections iodées, de 3 et 2 centimètres cubes. Amélioration progressive. Chute de la température qui est à 37° au quatrième jour. Disparition des phénomènes pulmonaires congestifs qui font place à de gros râles muqueux, qui persistent au moment du départ du malade, le 25 février 1919.

OBSERVATION XVIII

Congestion pulmonaire

D. C..., prisonnier bulgare, 27 ans. Entré, à l'hôpital, le 17 novembre 1918. Malade depuis trois ou quatre jours. Congestion pulmonaire des deux bases, d'origine grippale. Crachats hématiques; toux fréquente.

Traitement. — Dix ventouses scarifiées. Cinq injections iodées, de 2 et de 1 centimètres cubes. Chute de la température en lysis, en cinq jours. Amélioration progressive de l'état général. Sort, guéri, le 7 décembre 1918.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

G..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 22 ans. Malade depuis cinq jours. Entré, à l'hôpital, le 22 octobre 1918. Congestion pulmonaire grippale des deux poumons. Température: 39°5.

Traitement. — Saignée: 500 grammes. Trois injections iodées de 3 et de 2 centimètres cubes. Chute brusque de la température, dès le deuxième jour, puis apyrexie au sixième jour de traitement. Sort, guéri, le 4 novembre 1918.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

B..., soldat algérien, détenu, 21 ans. Malade depuis quarante-huit heures. Entre à l'hôpital, service des détenus, le 20 octobre 1918. Congestion pulmonaire droite. Matité et obscurité respiratoire; point de côté; toux sèche et fréquente. Température à 40°.

Traitement. — Dix ventouses scarifiées. Trois injections iodées de 3 et 2 centimètres cubes. Défervescence d'abord brusque, puis par échelons, complète en cinq jours. Le poumon redevient perméable rapidement. Guéri, le 31 octobre 1918.

OBSERVATION XXI

(Personnelle)

Congestion pulmonaire et paludisme

T..., adjudant, âgé de 42 ans.

Antécédents personnels. — Paludisme et éthylisme. Malade depuis sept à huit jours. Il y a deux jours, a été pris d'un frisson avec point de côté thoracique droit et de la gêne respiratoire.

EXAMEN CLINIQUE. — 28 janvier 1919. — Malade vigoureux, assez dyspnéique, souffre de son côté droit; teint pâle et anémié.

Auscultation. — Petit foyer de râles crépitants fins, dans la partie moyenne du poumon droit. Bruits respiratoires normaux sur les autres points. Quelques crachats rouillés. Langue saburrale; diarrhée peu abondante: trois selles.

Rate volumineuse; foie légèrement augmenté de volume. Température: 38°2-39°5.

Traitement. — Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 29. — Pas de changement; la température a cédé légèrement; le point de côté a disparu; quelques crachats muco-purulents. A l'auscultation: râles crépitants de retour, dans le foyer de droite.

Le 1^{er} février. — Ascension thermique brusque: 41°2; frissons, sueurs, état demi-comateux. Trois injections intraveineuses de quinine uréthane, une par jour.

Examen hématologique. — Recherche de l'hématozoaire: positive.

Le 4 février. — Second accès, plus violent que le précédent: la température s'élève à 40°9 et s'y maintient pendant quarante-huit heures, malgré les injections de quinine. Localement, le foyer pulmonaire ne paraît pas modifié. Le malade meurt, par défaillance myocardique.

A l'autopsie. — Foyer congestif pulmonaire en voie de résolution. Spléno et hépatomégalie. Myocardite. Infection des vaisseaux méningés.

Telle est l'histoire de ce malade dont la mort nous semble fonction d'une infection paludéenne suraiguë qui s'est déclanchée au cours d'une banale congestion pulmonaire en voie de guérison.

Telles sont, parmi bien d'autres, les observations des cas qui nous ont paru les plus typiques. Dans tous ces cas, l'émission sanguine a été nécessaire, commandée à la fois par l'élément congestif et la dyspnée. Cependant, on saisit sur le vif, son intervention ne suffisant pas, l'action efficace des injections iodo-iodurées qu'il a fallu répéter plusieurs fois, mais qui ont réussi parfois à juguler le processus infectieux et à amener la défervescence de façon plus

ou moins rapide. Dans certains cas, tout se borne là (obs. X) ; mais quelquefois aussi (obs. IX et XI), nous assistons à une ébauche de retour offensif, le thermomètre marque une température plus élevée ; le malade s'agite, se trouve moins bien : c'est une nouvelle poussée qui se prépare et contre laquelle nous agissons énergiquement. Une ou deux injections iodées conjurent le mal ; l'apyrexie s'installe de nouveau et, avec elle, la convalescence arrive rapidement.

DEUXIÈME TYPE. — Les observations qui suivent ont trait au deuxième type de gravité que nous avons décrit déjà dans les congestions pulmonaires. Ici l'état général est toujours beaucoup plus atteint. Il s'agit de formes plus sévères ; les lésions anatomopathologiques, plus importantes, se traduisent par une symptomatologie plus accentuée. On retrouve presque toujours des foyers congestifs organisés se manifestant par du souffle tubaire, des râles crépitants. Il est plus rare d'assister à une terminaison brusque, mais cependant, la méthode de traitement que nous étudions, nous a donné d'excellents résultats qui, pour être moins brillants que les précédents, n'en sont pas moins intéressants, car combien plus difficiles. Enfin, nous retrouvons aussi dans cette catégorie les formes à début brusque, avec œdème suraigu du poumon, sur lesquelles M. le professeur Ravaut a attiré l'attention et pour lesquelles la saignée constitue le traitement héroïque. La crise aiguë, ainsi conjurée, nous laisse assister à une congestion pulmonaire qui évolue selon le type commun.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

X..., soldat français, 24 ans, détenu. Malade depuis trois jours. Congestion pulmonaire, avec souffle à gauche; mauvais état général. Température: 39°.

Traitement. — Saignée: 400 grammes. Injection iodée: 3 centimètres cubes. La température paraît céder sous l'influence du traitement (38°1), mais les phénomènes stéthoscopiques restent les mêmes. Après deux jours d'accalmie, les phénomènes infectieux reprennent. Dyspnée très violente, avec cyanose du visage, battement des ailes du nez. Expectoration peu abondante, très rouillée. Souffle tubaire. Saignée de 500 grammes. Deux injections iodées de 3 centimètres cubes. Déferescence en trois jours. Atténuation progressive, mais très lente, des phénomènes d'auscultation. La convalescence et la guérison clinique ont précédé très nettement la disparition des phénomènes d'auscultation.

OBSERVATION XXIII

Congestion pulmonaire

H..., soldat allemand, prisonnier de guerre, âgé de 38 ans. Entré, à l'hôpital militaire, le 19 octobre 1918. Malade depuis quatre jours. Se plaint de point de côté avec fièvre et toux violente.

A l'examen. — Foyer de congestion pulmonaire gauche. Facies plombé. Etat général médiocre. Température: 39°5-39°7. Dyspnée considérable.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Injection iodo-iodurée de 3 centimètres cubes.

Le 22. — La température cède et le malade paraît s'améliorer; il demande à manger; pas de changements stéthoscopiques, mais la dyspnée a diminué. Apparition de quelques crépitants de retour.

Le 30. — Rechute. Souffle tubaire. Obscurité respiratoire. Abolition des vibrations. Une ponction exploratrice reste sans résultats. Trois injections iodées de 2 centimètres cubes (30, 31 et 1^{er} novembre). La température cède de nouveau et l'état général s'améliore progressivement.

Convalescent le 15 novembre 1918.

OBSERVATION XXIV

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

B. J..., soldat au 6^e génie, permissionnaire, 27 ans. Malade depuis deux jours. Entré, à l'hôpital, le 12 janvier 1919. Début brusque, frissons. Température élevée. Courbature généralisée; dyspnée et toux sèche, très fréquente.

A l'examen. — Malade très dyspnéique, assis sur son lit; face congestionnée; cyanose des pommettes; battements des ailes du nez; tousses continuellement et se plaint de souffrir de douleur rétro-sternale due à la toux. Expectoration abondante, mousseuse, aérée, légèrement striée de sang.

Auscultation. — Obscurité respiratoire à peu près complète aux deux bases. A la toux, quelques râles crépitants, surtout à droite. Au sommet, respiration rude et humée. Cœur rapide et bien frappé. Pouls ample et fréquent. Urines rares, légèrement albumineuses. Constipation. Malade

inquiet et agité; insomnie la nuit, un peu de délire. Etat général très grave.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Injection iodée: 2 centimètres cubes. Dans l'après-midi, sous l'influence de la saignée, les phénomènes asphyxiques paraissent diminuer; le malade repose un peu. La respiration se fait mieux. La toux est moins fréquente.

Le 13. — La nuit a été très pénible; le malade se présente avec, de nouveau, une dyspnée intense, l'asphyxie paraît menaçante; la cyanose s'accroît. A l'auscultation, obscurité respiratoire complète aux deux bases. Saignée de 600 grammes. Injection iodée de 3 centimètres cubes. Détente presque immédiate, le malade se sent soulagé et accuse une facilité plus grande à respirer.

Le 15. — Chute de température; la nuit a été plus calme. A l'auscultation, on constate que l'obscurité respiratoire a diminué; quelques râles crépitants en foyer, base droite. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 16. — Elévation de température. Les deux poumons sont à peu près perméables; signes de congestion, base droite; foyer de râles sous-crépitaux avec souffle tubaire. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 17. — Pas de changement.

Le 18. — Phénomènes de ramollissement; quelques râles crépitants de retour. L'état général paraît meilleur. Urines plus abondantes; quelques sueurs.

Le 19. — Défervescence. Rétablissement progressif.

Le 26. — Les phénomènes respiratoires ont entièrement disparu. Le malade est convalescent.

OBSERVATION XXV

P..., soldat allemand, prisonnier de guerre, âgé de 26 ans. Entré, à l'hôpital militaire, service des détenus, le 15 novembre 1918. Depuis cinq jours se sent malade, a de la fièvre, toussé et souffre d'un point de côté à droite. A eu, il y a trois jours, des crachats rouillés assez abondants, présente, depuis hier, des quintes de toux avec expectoration muco-purulente, parfois striée de sang.

Sans antécédents personnels, ni héréditaires.

EXAMEN CLINIQUE. — 15 novembre 1919. — Malade amaigri et assez dyspnéique; teint pâle, légèrement cyanosé; se plaint de céphalée et de courbature douloureuse dans les membres.

Appareil digestif. — Bouche sèche, langue et lèvres fuligineuses. Angine érythémateuse. Abdomen souple, un peu douloureux à la pression; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Diarrhée légère (deux à trois selles par jour, très fétides). Quelques nausées, pas de vomissements. Foie et rate normaux.

Appareil respiratoire. — Epistaxis et point de côté à droite. Respiration courte et fréquente. Toux sèche, quinteuse, obligeant le malade à se mettre sur son séant. Expectoration peu abondante, rougeâtre. Examen bactériologique des crachats: pneumocoques et staphylocoques. Percussion: matité en arrière, base droite; pas de modification des vibrations. Auscultation: ronchus et sibilances disséminés dans les deux poumons. Obscurité respiratoire à la base droite; quelques crépitants fins à la toux.

Appareil circulatoire. — Cœur normal, bruits un peu sourd et rapides, dicrotisme.

Appareil urinaire. — Urines foncées et rares; albuminurie lég.re.

Température: 39°5, 40°2, 40°6.

Traitement. — Saignée de 600 grammes. Injection iodée: 3 centimètres cubes.

Le 16 novembre. — Sous l'influence du traitement, la fièvre tombe à 38°. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 17. — La température remonte le matin, à 39°6, pour revenir, le soir, à 37°6. Injection iodée. La toux est moins fréquente et l'expectoration plus facile et plus abondante. Le malade accuse une amélioration sensible. Quelques sueurs et augmentation du débit urinaire.

Le 19. — Apparition, à droite, de râles crépitants de retour.

Le 21. — Herpès labial. La température est à 37°. Le malade a de l'appétit et commence à s'alimenter.

Il quitte le service, guéri, le 28 novembre 1918.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Double congestion pulmonaire

S..., soldat au 1^{er} régiment d'infanterie, 23 ans, permissionnaire. Entre, à l'hôpital militaire, le 6 janvier 1919, salle Percy, n° 89. Malade depuis cinq jours. Congestion pulmonaire double, avec dyspnée violente et mauvais état général.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Cinq injections iodo-iodurées: le 6, 3 centimètres cubes; le 7, 3 centimètres cubes; le 8, 2 centimètres cubes; le 9, 2 centimètres cubes; le 10, 2 centimètres cubes. La température tombe à 39°, dès le troisième jour, elle s'y maintient deux jours pour des-

cendre à 37°, dès le sixième jour. Les phénomènes pulmonaires suivent aussi une défervescence parallèle.

Le 20 janvier, le malade est convalescent.

OBSERVATION XXVII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)
Congestion pulmonaire

D..., soldat français, détenu, âgé de 26 ans. Malade depuis trois jours. Entré, à l'hôpital, le 19 octobre 1918. Congestion pulmonaire droite, avec mauvais état général; fièvre élevée: 39°6, 40°, 40°2; délire.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Trois injections iodo-iodurées, de 3 centimètres cubes et de 2. Défervescence complète en lysis, en treize jours. Quitte le service, entièrement guéri, le 9 novembre 1918.

OBSERVATION XXVIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)
Congestion pulmonaire

S..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 37 ans. Malade depuis cinq jours. Début progressif par frissons, malaise, courbature généralisée, douloureuse. Entré, à l'hôpital, le 6 novembre 1918. Congestion pulmonaire droite; point de côté et dyspnée assez marqués. Expectoration peu abondante et difficile, contient du sang presque pur. Température à 39°8.

Traitement. — Saignée: 400 grammes. Trois injections iodées, de 3 et 2 centimètres cubes. Sous l'influence du traitement, la défervescence s'effectue en cinq jours. Dès le

premier jour, les crachants sanglants ont disparu; la toux est moins douloureuse, l'expectoration plus fluide et plus facile.

Le 16. — Légère poussée fébrile avec réapparition de quelques symptômes congestifs pulmonaires, qui cèdent à une injection iodée.

Convalescent, le 29 novembre 1918.

OBSERVATION XXIX

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

K..., soldat français, détenu, 22 ans. Entré, à l'hôpital, le 24 octobre 1918. Malade depuis sept jours. Début progressif par lassitude générale, fièvre, toux opiniâtre, s'accompagnant d'un point de côté droit. Expectoration abondante sans caractères marqués. Pas d'antécédents.

EXAMEN CLINIQUE. — 24 octobre 1918. — Homme jeune, amaigri, dyspnéique.

Appareil respiratoire. — Point de côté, à droite. Diminution des vibrations. Matité, base droite.

Auscultation. — Rudesse respiratoire, sommet gauche, base droite; souffle tubaire et râles crépitants le long de la colonne vertébrale, en foyer. Expectoration abondante, gommeuse, muco-purulente.

Appareil urinaire. — Urines foncées, albumineuses.

Appareil circulatoire. — Cœur rapide.

Appareil digestif. — Langue saburrale, un peu sèche. Constipation.

Traitement. — Saignée; 300 grammes. Deux injections iodées, de 2 centimètres cubes.

Du 25 au 28. — La température s'abaisse, pendant les

trois premiers jours; pas de modification des signes d'auscultation.

Le 28. — Le malade a quelques frissons et sa température monte. Les bruits respiratoires paraissent s'affaiblir. Ponction exploratrice négative.

Le 30. — Quelques frottements pleuraux. Les râles crépitants se font de nouveau entendre, mais plus humides; le souffle tubaire diminue d'intensité.

Le 1^{er} novembre. — La défervescence commence. Elle est complète en trois jours. Nombreux râles crépitants de retour. Le souffle s'atténue et disparaît vers le 6 novembre. Le malade, convalescent, quitte le service, le 10 novembre 1918.

OBSERVATION XXX

(Personnelle)

Congestion pulmonaire

D..., soldat bulgare, prisonnier, 33 ans. Malade depuis trois jours. Entré, à l'hôpital, le 15 novembre 1918. Début: frisson violent, ayant duré deux heures et s'accompagnant d'éblouissements; suivi bientôt d'un point de côté thoracique gauche; fièvre assez élevée; toux sèche; quelques crachats rouillés.

EXAMEN CLINIQUE. — 18 novembre 1918. — Malade assez prostré, dyspnéique, les pommettes rouges, frissonne et se plaint de façon continue, peau sèche et brûlante.

Appareil respiratoire. — Dyspnée très intense. Point de côté thoracique continu, exagéré par la toux et les inspirations. Expectoration: quelques crachats rouillés, contenant de très nombreux pneumocoques et quelques chaînes de streptocoques. Matité région postérieure du poumon gauche à la partie moyenne. Auscultation: quelques sibilances

dans l'étendue des deux poumons; à gauche, dans la région axillaire, souffle tubaire et foyer de râles crépitants inspiratoires.

Appareil digestif. — Langue sèche; fuliginosités; anorexie; soif vive; constipation.

Appareil cardio-vasculaire. — Cœur bien frappé, un peu rapide. Pouls étendu et vibrant. Etat général, médiocre.

Traitement. — Saignée: 600 grammes. Quatre injections iodées, de 2 centimètres cubes, en quatre jours.

Le 19. — Une légère détente s'est produite; la dyspnée a diminué; le point de côté aussi; le malade paraît amélioré.

Le 22. — La défervescence s'accroît. Crise sudorale et polyurique.

Le 24. — Amélioration notable. A l'auscultation: râles crépitants de retour et signes de ramollissement. Ronchus dans les deux poumons.

Le 30. — Disparition des phénomènes stéthoscopiques. L'état général est très bon. Le malade quitte le service, guéri, le 3 décembre.

OBSERVATION XXXI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire.

D. G..., soldat bulgare, prisonnier de guerre, 33 ans. Paludisme. Malade depuis cinq jours. Entré, à l'hôpital, le 11 novembre 1918. Foyer congestif, poumon gauche, partie moyenne. Saignée: 300 grammes; deux injections iodo-iodurées de 2 centimètres cubes chacune. Défervescence complète en quatre jours.

Convalescence troublée par un violent accès palustre, au cours duquel réapparaissent quelques phénomènes conges-

tifs passagers, dans le poumon droit. Ces phénomènes rétrocedent après une injection d'iode de 3 centimètres cubes. Le malade sort, guéri, le 4 décembre 1918.

OBSERVATION XXXII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Congestion pulmonaire

F..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 35 ans. En traitement pour dysenterie bacillaire. Congestion pulmonaire avec température élevée. Etat général médiocre. Dyspnée marquée et expectoration sanglante, très abondante. Saignée de 500 grammes; trois injections iodo-iodurées, de 2 centimètres cubes chacune. Amélioration au bout de six jours.

Au quatorzième jour, les phénomènes stéthoscopiques ont disparu. Il ne reste que quelques crépitants à la toux.

OBSERVATION XXXIII

(En collaboration avec M. Raybaud, médecin auxiliaire)

Congestion pulmonaire

B..., tirailleur algérien, 20 ans, salle Percy, n° 88. Malade depuis deux jours. Frissons et fièvre. Entré, à l'hôpital, le 12 février 1919. Congestion pulmonaire avec souffle, base gauche. Bronchite généralisée des deux poumons. Dyspnée vive. Face rouge, congestionnée. Etat général médiocre. Pouls rapide.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Quatre injections iodées, de 2 centimètres cubes chacune.

Le 14 février. — Atténuation du souffle. Légère détente. Quelques crépitants de retour.

Le 16 février. — Disparition du souffle. Nombreux crépitations de retour, base gauche. Etat général très amélioré. Sort, guéri, le 26 février 1919.

OBSERVATION XXXIV

(En collaboration avec M. Raybaud, médecin auxiliaire)

Congestion pulmonaire droite

C. C..., soldat d'infanterie coloniale, 31 ans. Entré, à l'hôpital, le 12 février 1919, salle Percy, n° 92. Malade depuis quatre jours. Début par douleurs thoraciques et lombaires. Fièvre élevée. Frissons. Anorexie. Langue sèche, rôtie. Angine. Toux peu fréquente. Expectoration visqueuse, difficile à détacher, d'abord muco-purulente, puis sanglante.

Le 12 février. — Etat général assez grave; délire; agitation diurne et nocturne. Dyspnée assez marquée. Toux. Point de côté droit, violent. Expectoration sanglante assez abondante. Foyer de râles crépitants, fins, et souffle tubaire, partie moyenne du poumon droit. Langue sèche, fuligineuse. Cœur sourd et rapide. Urines rares, albumineuses. Constipation. Fièvre élevée.

Traitement. — Saignée: 600 grammes. Deux injections iodées de 3 et 2 centimètres cubes.

Le 14. — Chute de température. Dyspnée moins marquée. Les phénomènes thoraciques paraissent s'améliorer. Quelques gros crépitants, mais le délire continue. L'état général demeure grave.

Le 15 et le 16. — Sans changement.

Le 17. — La température remonte. Nouveau foyer congestif à la base droite. La dyspnée est très vive; le malade ne peut rester couché; cyanose des lèvres; battement des

ailles du nez. Saignée : 500 grammes ; trois injections iodées de 2 centimètres cubes chacune.

Le 18. — Légère rémission matinale. Quelques sueurs. La dyspnée est moins vive ; plus de cyanose ; mais l'état général demeure grave.

Le 20. — Défervescence ; crise polyurique ; herpès nasolabial. L'état général s'améliore. Nombreux crépitants de retour.

Le 24. — Le souffle a disparu. Il persiste quelques crépitants à la toux, à la base droite. Le malade est convalescent.

OBSERVATION XXXV

(Service de M. le médecin-major de Bombourg)

Double congestion pulmonaire

M..., soldat de la Légion étrangère, 26 ans. Entré le 8 février 1919. Malade depuis huit jours. Début par douleurs thoraciques, sans localisation ; fièvre élevée ; dyspnée ; toux violente, avec expectoration rougeâtre, peu abondante.

EXAMEN CLINIQUE. — 9 février 1919. — Malade agité et très suffoqué ; délire ; teint livide ; cyanose et battements des ailes du nez. Toux fréquente, douloureuse. Expectoration hémorragique abondante. Auscultation : râles crépitants aux deux poumons, en arrière, avec souffle tubaire à la partie moyenne du poumon gauche et sur toute la hauteur du poumon droit. Urines rares. Pouls fréquent, hypotendu. Deux injections iodo-iodurées, de 3 et 2 centimètres cubes.

Le 10. — Devant les phénomènes asphyxiques menaçants, on fait une saignée de 600 grammes. Sang : très visqueux et noir. Dès le soir, amélioration légère des phénomènes généraux. Moins de délire. La gêne respiratoire a

diminué. Moins de sang dans les crachats. Amélioration progressive. Apparition de crépitants de retour.

Le 14. — Le souffle a disparu, à gauche, mais persiste à droite. Deux vastes foyers de ramollissement. Pointes de feu pour achever la résorption qui se fait progressivement. Etat général satisfaisant.

Le 18. — Le malade se lève, convalescent.

OBSERVATION XXXVI

(En collaboration avec M. Raybaud, médecin auxiliaire)

Congestion pulmonaire

M. P..., 2^e classe, au 114^e R. I., 38 ans. Entré, à l'hôpital, le 17 février 1919. Malade depuis cinq jours. Début par frissons, fièvre et point de côté qui vont en augmentant.

EXAMEN CLINIQUE. — 17 février 1919. — Dyspnée considérable; agitation; délire. Crachats hémoptoïques. Obscurité base droite et matité. Ponction exploratrice, négative.

Traitement. — Saignée: 700 grammes. Injection iodée: 3 centimètres cubes.

Le 18. — Souffle tubaire et râles crépitants à droite. Etat général mauvais. Subictère. Agitation et délire. Injection iodée de 3 centimètres cubes.

Le 19. — La température cède un peu, mais l'état général demeure précaire; intoxication profonde. A l'auscultation, vaste foyer de ramollissement de la partie moyenne du poumon droit. Expectoration puriforme, très abondante, plus sanglante, contenant de très nombreux pneumocoques. Pas d'infection associée.

Le 21. — Légère détente. Quelques sueurs. Le malade urine davantage et se trouve mieux. Il a dormi pendant

quelques heures la nuit. L'amélioration s'accroît peu à peu. Les phénomènes stéthoscopiques s'atténuent.

Le 25. — Il persiste quelques râles crépitants à la base droite. Le malade est convalescent.

OBSERVATION XXXVII

Congestion pulmonaire

H. A..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 41 ans. Malade depuis quatre jours. Entre, à l'hôpital, le 1^{er} novembre 1919, service des prisonniers. Congestion pulmonaire grippale droite. Température à 40°. Etat général, bon.

Traitement. — Saignée de 600 grammes. Deux injections iodo-iodurées de 2 centimètres cubes. Evolution normale. Défervescence en lysis, à partir du troisième jour. Arrive à l'apyrexie vers le septième jour. Commence à se lever et paraît convalescent.

Le 11 novembre. — Meurt brusquement, à 6 h. 40, d'hémorragie cérébrale. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXVIII

V. H..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 34 ans. Entre à l'hôpital le 12 décembre 1918. Malade depuis trois jours. Début brusque par fièvre, frissons et gêne respiratoire. Malade très oppressé, facies pâle et cyanosé; toux sèche et incessante. Expectoration abondante, mousseuse, aérée, striée de sang. Auscultation: râles crépitants aux deux bases et en arrière, à la toux; obscurité respiratoire à peu près complète. Cœur rapide; pouls bondissant et ré-

gulier, rapide. Urines assez abondantes, claires, un peu albumineuses (traces à l'Esbach). Agitation et délire léger. Température à 40°.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Injection iodo-iodurée de 3 centimètres cubes. Dans la nuit, le malade a été très agité, en proie à une dyspnée intense, n'a pas pu reposer.

Le 13 décembre. — Le malade va plus mal. Dyspnée plus intense, facies anxieux et couvert de sueurs froides; battement des ailes du nez; cyanose des lèvres; tirage sus-sternal et sous-sternal. Ecoulement de sérosité par les narines et par la bouche; le malade a rempli plusieurs crachoirs de liquide filant, mêlé de quelques crachats, franchement hématiques. Pouls petit, filant. Cœur assourdi et irrégulier. Disparition des phénomènes d'auscultation. Silence respiratoire, presque complet aux bases. Râles crépitants très nombreux aux deux sommets. Décès à 13 h. 50.

Il s'agissait d'une forme d'œdème suraigu que ni saignée, ni ventouses scarifiées, n'ont suffi à conjurer. L'œdème aigu du poumon a déterminé un véritable blocage du cœur, avec myocardite consécutive.

OBSERVATION XXXIX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Astier)

Congestion pulmonaire et fièvre typhoïde

T..., travailleur colonial, Chinois, âgé de 30 ans. Atteint de dothiéntérie depuis quinze jours (24 mars 1919). Signes abdominaux très accusés; diarrhée sérieuse, extrêmement abondante; selles fréquentes (12 à 15 par jour), très fétides. Abdomen rétracté, douloureux à la palpation; gargouillements dans la fosse iliaque droite. Foie et rate

volumineux (paludisme?). Etat général très atteint; prostration; pouls rapide, autour de 120, depuis le début. Température à 39°5, dépasse 40° au troisième jour, et oscille entre 39°5 et 40°5. Signes de bronchite bilatérale.

Le 8 avril, matin. — Température à 40°5; douleur thoracique droite, peu accentuée. Dyspnée marquée (35 inspirations à la minute). Toux pénible; expectoration presque nulle. A la percussion: matité de la base droite. A l'auscultation, on trouve, dans cette région, un foyer de râles crépitants, fins, sans souffle. Injection iodo-iodurée de 2 centimètres cubes.

Le 9 avril. — Apparition du souffle dans une zone très limitée, vers la partie latérale droite du thorax à la base. Les râles congestifs envahissent la presque totalité du poumon droit. Urines foncées et rares.

Le 9 et le 10 avril. — Nouvelles injections iodo-iodurées de 2 centimètres cubes; la température reste à 40°, le matin; 40°5, le soir.

Le 11. — Injection iodée de 2 centimètres cubes. Température à 39°8, le matin; 40°3, le soir. Etat général grave, subdélire, pouls à 130.

Le 12. — La température a baissé à 38°5. Pouls rapide, respiration angoissée.

Décès le 13, vers 11 heures. Pas d'autopsie.

Toutes ces observations ont trait à des états congestifs pulmonaires du deuxième type de gravité: il s'agit de formes sérieuses dans lesquelles l'état général a été fortement atteint. Contre l'élément congestif et toxique, en même temps, la saignée agit de façon immédiate, sûre et souvent efficace. Les effets de l'injection iodée se font sentir aussi, non seulement sur la courbe thermique, mais encore sur tout l'organisme qui reçoit le coup de fouet nécessaire à toute bonne réaction. Cette action s'exerce, non seulement

à l'occasion de la première atteinte, mais aussi dans les retours offensifs de l'infection, alors que la température paraît vouloir remonter de nouveau et que l'examen clinique décèle une recrudescence des phénomènes morbides (obs. XXXI). L'observation XXIV nous paraît, à elle seule, résumer et condenser toute cette action. Il s'agit d'une de ces formes à allure suraiguë, dans les premiers moments desquelles domine l'élément congestif. La saignée vient réduire merveilleusement ces accidents, laissant à l'iode le temps d'agir contre les éléments infectieux. Nous avons eu le plaisir d'assister à la véritable résurrection de ce malade dont l'état avait donné de bien vives inquiétudes. Il n'en a malheureusement pas été de même pour le malade de l'observation XXXVIII, qui s'est présenté dans une situation analogue. Mais, ici, le début de la maladie était plus ancien et les émissions sanguines n'ont pas eu raison de lésions, sans doute déjà trop organisées.

Troisième Catégorie : Broncho-pneumonies et Pneumonies

Voici maintenant des observations s'adressant à la troisième catégorie d'affections pulmonaires grippales. Nous rangeons, dans le même chapitre, pneumonies et broncho-pneumonies, à cause d'un élément de gravité qui nous a paru identique chez ces affections, cependant bien différenciées à tant d'autres points de vue. La pneumonie franche, avec son allure clinique si typique, nous a semblé rare ; par contre, nous avons eu affaire à de nombreuses formes batardes, avec participation plus ou moins franche des voies bronchiques, et intermédiaires entre les deux affections qui nous occupent. C'est pour cette raison que nous

avons préféré rassembler tout dans un même chapitre, nous le répétons encore, beaucoup plus clinique qu'anatomopathologique.

OBSERVATION XL

(Personnelle)

Voir la feuille de température ci-jointe. Pneumonie

F. N..., soldat au 22^e d'infanterie coloniale, 22 ans, né à la Martinique. Malade depuis trois jours. Entré, à l'hôpital, le 12 février 1919, salle Percy, n° 121. Début par frissons, point de côté et fièvre, toux fréquente et douloureuse, expectoration peu abondante, quelques crachats rouillés.

EXAMEN CLINIQUE. — 13 février 1919. — Pommettes rouges, face vultueuse, dyspnée. Auscultation : souffle tubaire à la partie moyenne du poumon gauche avec foyer localisé de râles crépitants fins. Expectoration rouillée, crachats riches en hématies et en fibrine, contiennent de très nombreux pneumocoques. Urines : peu abondantes, foncées, sans albumine.

Appareil digestif. — Langue saburrale ; un peu de diarrhée (trois selles par jour). Pouls rapide, plein et régulier. Cœur normal. Température : 40°1-41°-2. Etat général sérieux.

Traitement. — Saignée de 600 grammes. Trois injections iodo-iodurées de : 3 centimètres cubes, le 13 ; 2 centimètres cubes, le 14 ; 2 centimètres cubes, le 15.

Le 14. — Légère défervescence ; pas de changement notable.

Le 15. — Apparition de gros râles crépitants de retour. Défervescence rapide. La température est redevenue nor-

male au huitième jour de la maladie. Crise polyurique et sudorale. Herpès naso-labial.

Le 22. — Disparition du souffle tubaire, ronchus et sibilances dans toute la base gauche; le malade se trouve guéri, demande à se lever et à manger.

Le 24. — Disparition de tous les phénomènes pulmonaires. Le malade quitte peu après le service, guéri.

OBSERVATION XLI

(Personnelle)

Pneumonie

M. J..., soldat au 112^e territorial, 44 ans. Entré, à l'hôpital, le 2 janvier 1919. Malade depuis trois jours; début brusque, fièvre élevée, frisson, douleur vague dans la fosse iliaque et l'hypochondre gauche, anorexie, sécheresse de la bouche, inappétence, toux sèche très fatigante.

EXAMEN CLINIQUE. — 2 janvier 1919. — *Appareil respiratoire.* — Dyspnée vive; toux sèche et violente s'accompagnant de crachats gommeux, adhérents, rougeâtres, contenant de nombreux globules rouges, des pneumocoques et de nombreuses chaînettes de streptocoques. Percussion: matité base gauche, en arrière. Auscultation: foyer de râles crépitants fins à la base gauche; souffle tubaire inspiratoire très rude.

Appareil circulatoire. — Pouls bien frappé, mais rapide. Température élevée: 39°5-40°2.

Appareil digestif. — Langue sèche, rôtie, fuliginosités. Constipation. Anorexie. Soif vive. Urines: rares et foncées, sans albumine.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Injection iodée: 4 centimètres cubes.

Le 3. — Légère rémission de la température (39°5). Le malade se plaint surtout du côté droit (ventouses scarifiées: 4). Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 4. — Injection iodée (2 cc.). La nuit a été agitée et très mauvaise. Le malade a un peu de délire. Le poulx demeure bon. La dyspnée pas trop intense. Un peu d'ictère conjonctival, sans décoloration des selles.

Le 5. — Légère détente. Le malade est un peu calme. L'état général semble s'améliorer. Température: 38°7.

Le 6. — Le mieux persiste; les conjonctives se décolorent. Quelques râles crépitants de retour au foyer pulmonaire; l'expectoration est plus abondante, aérée, mucopurulente, langue humide. Température: 38°-38°4. Injection iodée: 2 centimètres cubes. Les accidents s'atténuent peu à peu. La défervescence se fait lentement et sans phase critique bien marquée.

Le 12 et le 13. — Petite poussée thermique (38°). Deux injections iodées de 2 centimètres cubes chacune. Amélioration progressive, entrecoupée de petites poussées de température sans relation avec le foyer pulmonaire dont l'évolution se fait lentement. Le souffle tubaire disparaît vers le 28 janvier. Le malade quitte le service, guéri, le 7 février 1919.

OBSERVATION XLII

(Personnelle)
Broncho-pneumonie

B. A..., matelot, 34 ans. Entré, à l'hôpital, le 18 janvier 1919. Malade depuis environ cinq jours. Début par lassitude générale, courbature, frissons, fièvre qui s'élève progressivement; toux d'abord sèche, puis s'accompagnant d'une expectoration rougeâtre; délire nocturne; dyspnée

de plus en plus marquée; depuis trois jours, point de côté dans la région thoracique droite.

EXAMEN CLINIQUE. — 19 janvier 1919. — Prostation; sub-délire; carphologie; subictère; teint pâle, terreux.

Appareil respiratoire. — Malade très dyspnéique; respiration fréquente, courte et pénible; toux sèche et douloureuse. Expectoration peu abondante, crachats sanglants. À l'examen microscopique: 22 globules de pus, nombreuses hématies et colonies microbiennes nombreuses (strep-tocoques et staphylocoques). Percussion: matité en arrière, base gauche, et submatité du sommet droit. Auscultation: foyer de râles crépitants, fins, base gauche, en arrière; souffle tubaire et râles crépitants au sommet droit et dans l'aisselle droite. Ronchus et sibilances en avant et en arrière.

Appareil cardio-vasculaire. — Cœur sourd, un peu arythmique; pouls fréquent.

Appareil digestif. — Langue saburrale, sèche fuligineuse. Constipation. Urines rares, foncées, troubles, sans albumine. Etat général mauvais; agitation extrême, délire assez marqué. Température: 40°5.

Traitement. — Saignée: 600 grammes. Injection iodée: 3 centimètres cubes. Huile camphrée; alcool. Sous l'influence de la saignée, le cœur paraît se régulariser, les bruits sont mieux frappés, plus réguliers.

Le 20. — Etat général toujours très grave. Localement, pas de modification. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 21. — Même état. Cependant, le malade paraît un peu plus calme. Quelques signes de ramollissement au sommet droit. L'expectoration est muco-purulente, ne contient plus de sang. Température: 40°. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 22. — Légère défervescence. Température: 39°7-39°8,

mais la dyspnée et le mauvais état général persistent toujours. Râles crépitants de retour au sommet droit ; gauche, sans changement.

Le 25. — Apparition de râles crépitants de retour, à gauche. Deux vastes foyers de ramollissement à chaque poumon. Expectoration muco-purulente très abondante, un peu fétide. Etat général précaire, malade très affaibli ; langue sèche et rôtie. Le cœur tient bon. Températ. : 38°6-39°8.

Le 26. — Nouvelle oscillation thermique : 38°4-39°6. Légère détente.

Le 27. — Grande amélioration. Crise urinaire abondante. Le malade sort de la prostation dans laquelle il était plongé ; la langue est plus humide ; le malade se recolore. Amélioration progressive et convalescence troublée par l'évolution d'une otite moyenne suppurée. Guérison dans le courant du mois de février 1919.

OBSERVATION XLIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Barroz)

Broncho-pneumonie

S. F..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 27 ans. Entré à l'hôpital, service des détenus, le 22 octobre 1918. Malade entré sans symptômes pulmonaires caractérisés autres que de l'obscurité respiratoire de la base droite ; ronchus et sibilances disséminés dans les deux poumons. Signes d'intoxication profonde ; cyanose et dyspnée extrême qui commandent le traitement : saignée, 800 grammes ; injection iodée de : 3 centimètres cubes, le 22 ; 3 centimètres cubes, le 23 ; 2 centimètres cubes, les 24, 25, 26 et 27.

Au deuxième jour, apparaissent simultanément dans

l'aisselle et à la base droite, deux foyers de broncho-pneumonie. Evolution en neuf jours. Chute progressive de la température en lysis. Guérison après une longue convalescence, sans complication.

OBSERVATION XLIV

(Personnelle)

Voir la feuille de température ci-jointe. Broncho-pneumonie

A. L., soldat au ° d'infanterie italienne, 30 ans, permissionnaire. Malade depuis quatre à cinq jours. Entré, à l'hôpital, le 4 décembre 1918. Début par frisson brusque et fièvre élevée.

EXAMEN CLINIQUE. — 4 décembre. — *Appareil respiratoire.* — Toux fréquente, dyspnée vive; expectoration muco-purulente, striée de sang; point de côté à droite; matité à la base du poumon droit; ronchus et sibilances dans les deux poumons; deux foyers de râles crépitants, un dans l'aisselle, un à la base droite; souffle tubaire à la partie moyenne du poumon droit.

Appareil digestif. — Langue saburrale, pas trop sèche; abdomen souple; quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Diarrhée peu abondante; rate perceptible.

Appareil cardio-vasculaire. — Pouls rapide; cœur un peu sourd. Urines: peu abondantes, foncées, sans albumine. Etat général médiocre, un peu de délire. Température: 40°6.

Traitement. — Saignée de 500 grammes; injection iodée: 3 centimètres cubes.

Le 5. — Pas de changement: Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 6. — Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 7. — Injection iodée: 2 centimètres cubes. L'état général est médiocre; vaste foyer de râles crépitants humides, à droite. Expectoration franchement purulente, très fétide. La température oscille entre 39°5 et 40°2.

Le 10. — Pas de changement. Etat général toujours mauvais. Le malade délire; langue rôtie.

Le 14. — Légère défervescence: 39°5, qui se confirme le lendemain.

Le 15. — Matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate; le souffle tubaire a changé de timbre, devient moins rude. Obscurité respiratoire. Ponction exploratrice: liquide louche, contenant de nombreux lymphocytes, quelques globules de pus; pas de microbes. Trois injections iodées, de 2 centimètres cubes, les 15, 16 et 17.

Le 17. — Les phénomènes pleuraux semblent diminuer; obscurité respiratoire moins complète; on entend quelques crépitants humides. Etat général un peu meilleur. Température: 38° et 38°5.

Le 18. — Amélioration notable de l'état général; le malade a dormi un peu; crise sudorale et urinaire. Température: 38°2. Amélioration progressive et descente de la température en lysis. La guérison se fait, après une convalescence un peu longue, mais sans incidents.

OBSERVATION XLV

Broncho-pneumonie

W. F..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 29 ans. Entré, à l'hôpital, le 27 octobre 1919. Malade depuis quatre jours, a été pris au cours de son travail d'une syncope et est transporté à l'hôpital. Homme très amaigri et débilité, pâleur extrême du visage, lèvres fuligineuses, pros-

tation, sueurs froides sur le visage, dyspnée très violente, respiration courte et superficielle, crachats hémoptoïques. A l'auscultation: encombrement pulmonaire, râles crépitants, ronchus, sibilances, souffle tubaire à droite. Deux foyers de broncho-pneumonie du poumon droit. Urines: rares et foncées. Cœur: sourd, rapide, arythmique. Pouls petit et rapide. Température: 41°. Délire et agitation extrêmes.

Traitement. — Bains chauds, alcool; injection: huile camphrée et caféine; injection iodo-iodurée: 5 centimètres cubes. Vers le soir, le cœur paraît se remonter un peu, mais la dyspnée est plus violente; expectoration assez abondante, sanglante, aérée, fait craindre la forme œdémateuse. Saignée de 600 grammes.

Le 28. — Pas d'amélioration; le pouls est toujours misérable. Température: 40°8. Malade délirant; perd ses urines. Injection iodée: 2 centimètres cubes.

Le 29. — Décès à 11 h. 30.

Nous avons eu affaire ici à une forme hypervirulente de la maladie et contre laquelle toute thérapeutique s'est montrée vaine.

A l'autopsie. — Hépatisation grise des lobes inférieurs des deux poumons; léger exsudat pleural avec dépoli pariétal. Cœur volumineux et dilaté; myocarde mou, friable, feuille morte. Reins congestionnés. Rate volumineuse; foie gros et mou.

Toutes lésions qui traduisent la déchéance organique rapide; l'organisme n'a pu lutter contre une trop forte agression.

OBSERVATION XLVI

Broncho-pneumonie

P. F..., soldat allemand, prisonnier de guerre, 39 ans. Malade depuis huit jours. Fièvre qui s'élève progressivement, toux d'abord sèche puis s'accompagnant d'expectoration rougeâtre, assez abondante; délire et dyspnée assez forts.

EXAMEN CLINIQUE. — 1^{er} novembre 1918. — Malade prostré, très abattu, pâle, les pommettes rouges, les lèvres cyanosées, transpirations abondantes.

Appareil respiratoire. — Dyspnée marquée. Toux fréquente, expectoration abondante, sanglante. Auscultation: broncho-pneumonie droite avec deux foyers, un à la base et l'autre dans l'aisselle. Cœur sourd, un peu arythmique. Pouls rapide. Urines foncées, oligurie, albuminurie légère (traces). Température: 39°5 et 40°.

Traitement. — Saignée de 700 grammes. Injection iodée de 3 centimètres cubes. Cataplasmes sinapisés, toni-cardiaques. Sous l'action de la médication, l'état général semble s'améliorer un peu, mais le délire et l'agitation continuent.

Les 2, 3 et 4. — Trois injections iodo-iodurées de 2 centimètres cubes, sans résultat.

Le 5. — Chute de la température, passagère, 38°6, puis plateau autour de 40°. Apparition de quelques crépitants, à droite, plus humides.

Le 11. — Vaste foyer de suppuration de tout le poumon droit; râles humides; des gargouillements; du souffle tubulaire. L'état général témoigne d'une intoxication profonde, carphologie. Escarre sacrée. Injection d'électrargol.

Le 18. — La température paraît céder (38°2), mais l'état général demeure très mauvais; expectoration muco-puru-

lente, très abondante, très fétide. Mort à 4 h. 30 du matin.

Autopsie. — Hépatisation du poumon droit avec sphacèle du lobe moyen. Congestion à droite. Myocardite et dilatation considérable du cœur.

Il s'agit là, comme on le voit, de formes très graves et pendant l'évolution desquelles la vie de nos malades a toujours donné de vives inquiétudes. Comme il est facile de le remarquer, à la lecture de ces observations, dans tous les cas, l'action antitoxique et décongestive de la saignée, s'exerce sans conteste. Il semble que la courbe thermique ait subi un affaissement immédiat, prélude de la défervescence des cas heureux. A ceci, vient se surajouter l'action des injections iodo-iodurées dont le rôle, moins brillant, mais plus durable, est aussi à remarquer. Nous lui attribuons, dans les cas heureux que nous publions, la facile résorption de tous les foyers de ramollissement pulmonaire, l'absence de récédive, de rechute, de passage à la chronicité. Enfin, dans un cas qui nous paraît spécialement intéressant (obs. XLIV), la non-suppuratiôn de cet épanchement pleural, sur le compte duquel l'examen cytologique laissait bien perplexe, et qui s'est résorbé comme par enchantement, sans aboutir à la suppuratiôn dont il semblait si proche.

CONCLUSIONS

I. La méthode de traitement des affections pulmonaires aiguës, d'origine grippale, par la saignée et les injections intraveineuses iodo-iodurées, est efficace et d'application facile dans tous les milieux.

II. Elle constitue un traitement d'autant plus efficace qu'il est appliqué plus tôt.

III. Les doses employées n'atteignent ni ne dépassent jamais les limites de tolérance de l'organisme.

IV. Elle ne contre-indique pas l'emploi des autres agents thérapeutiques usuels qui peuvent en renforcer l'emploi.

V. Ses indications sont faciles et étendues, puisqu'elle s'adresse à toutes les formes congestives d'infection pulmonaire.

VI. Ses contre-indications sont peu nombreuses et se résument à la seule tuberculose pulmonaire, dans les formes aiguës congestives du début.

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici une méthode exclusive et infaillible. Elle connaît des succès et n'ignore pas les bons résultats obtenus par les autres procédés. Elle nous a paru intéressante, et a donné, dans nos mains, des résultats positifs et qu'il y aurait lieu d'étendre sur d'autres terrains.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de la saignée est très abondante; on trouvera d'utiles indications, dans le *Traité de médecine* de BROUARDEL et GILBERT, au chapitre qui lui est consacré.

E. RENAUX, de Bruxelles, a publié, le 11 décembre 1909, à la Société médicale des hôpitaux de Bruxelles, un long mémoire qui lui est consacré et où l'on résume la longue histoire de cette thérapeutique.

F'ANTAGNONT et ROTON. — Traitement de la pneumonie par l'iode colloïdal. Méd. de Paris, 1914, n° 2, p. 24.

POUCHET. — L'iode et les iodiques, p. 18.

PARTINIER (Maurice) et Mlle DONS KAUFMAN. — *In Presse médicale*, 21 mai 1917. Action des iodures sur la viscosité sanguine.

PÉPIN. — Etude physique et chimique des peptones iodés. Thèse de l'Université de Paris.

MARTINET. — *Presse médicale*, 11 nov. 1911. Faut-il prescrire de l'iodure de potassium aux hypertendus?

— Les médicaments usuels.

— *Journal médical français*, 1912.

MANQUAT. — *Traité de thérapeutique: l'iode et les iodiques*.

BOUDREAU (L.). — La thérapeutique iodée systématique dans les grandes infections. *Journal de médecine de Bordeaux*, janv. 1916.

BOUDREAU (L.). — Un mot sur l'iode et les gaz toxiques avec une note sur la grippe et son traitement essentiel. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1918.

— L'iode et les surrénales en face de la grippe. *Monde médical*, Paris, décembre 1918.

— L'iode contre la grippe. *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1919, et *Médecine internationale*, Paris, juillet 1917-août 1918.

LEREBOULLET (P.). — La grippe en 1918. Traitement de la grippe. *Paris médical*, 1918, n° 46.

LYON (G.). — Traitement de la grippe. *Presse médicale*, 10 octobre 1918.

RAVAUT (P.), RÉNIAC et LEGROUX (L.). — Deux formes graves de grippe pulmonaire, observées dans la région de Marseille. *Paris médical*, 16 nov. 1918.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 12 juin 1919.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 12 juin 1919.
Le Doyen,
MAIRÉT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
